Przegląd Lekarski wychodzi co sobotę w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod topołkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p Adam. 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 marca 1885. № 13. Rok XXIV.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Madurowicza w Krakowie.

Zarośnięcie wejścia pochwowego błoną dziewiczą — otok ropny pochwy i macicy.

(*Pyocolpos et pyometra ex atresia vaginae hymenali*).

Podał Dr. Jan Rosner
asystent tejże kliniki.

Przypadek, który do wiadomości podać zamierzam, rzadko w ogóle się przydarza i w literaturze zaledwie kilka podobnych odszukać można. W klinice prof. Madurowicza obserwowano mianowicie w roku szkolnym bieżącym po raz pierwszy otok ropny pochwy i macicy na podstawie wady utworowéj błony dziewiczéj, która to wada polegała na braku otworu prowadzącego do kanału pochwy (*hymen imperforatus*). Przed 20tu laty prof. Bryk (*Wiener med. Wochenschrift 1865)* operował i opisał przypadek podobny, również nadzwyczaj ciekawy, różniący się jednak od niniejszego o tyle, że treść pochwy w przypadku prof. Bryka była śluzową, podczas gdy w opisać się mającym, jak już sama nazwa wskazuje, była ropną.

Przypadek niniejszy dotyczy dziewczyny wiejskiéj, lat 18 liczącéj, z Zabierzowa, która w listopadzie 1884 r. przedstawiła się w klinice ruchoméj. Wywiady pouczyły, że do 16go roku życia żadnych chorób nie przebywała i że dotąd nie pojawiła się u niéj regularność. Natomiast uskarża się od dwóch mniéj lub więcéj lat na boleści dołem w brzuchu, które chwilowo ustają lub słabną a wzmagają się po niejakim czasie; zazwyczaj trwają przez dni kilka. Od kilku miesięcy boleści prawie ciągłe dołem w brzuchu, krzyżach i odnogach dolnych, dochodzące czasem do tak znacznego natężenia, że chodzenie a nawet siedzenie z tego powodu bywa niemożebne. W ostatnich czasach utrudnione oddawanie moczu i tenże tylko w małych ilościach odchodzi; żywot przeważnie zaparty a oddawanie stolca bolesne. Na kilka dni przed przybyciem do kliniki miewała chora czasem dreszczyki a następnie gorączkę, co jednakże wcale nie zmuszało jéj do pozostawania w łóżku, pomimo boleści.

Badanie przedmiotowe wykazało: Osoba dobrze zbudowana i dobrze odżywiona. Ciepłota ciała nie podniesiona, tętno spokojne. Narządy oddychania i krążenia nie okazują zmian. Sutki małe, stożkowate, jędrne. Brzuch miernie wypuklony, powłoki brzuszne chude, napięte; skóra na nich gładka. Przez powłoki wyczuć można powyżéj spojenia łonowego obrzęk wyraźnie chełboczący, sięgający ku górze na dwa palce poniżéj pępka. Obrzęk ten pochodzący z rozdętego nadmiernie pęcherza ustąpił po odprowadzeniu za pomocą cewnika znacznéj ilości moczu, poczém wyczuć było można w głębi nad spojeniem łonowém obrzęk inny, którego górna granica sięgała tylko na 3—4 palców powyżéj spojenia. Obrzęk ten położony w linii środkowéj mocno napięty kształtu kulistego. Powierzchnia jego gładka, ruchomość nieznaczna z boku na bok, zbitość odpowiadająca macicy, bolesność przy ucisku nieznaczna. Odgłos wypukowy nad obrzękiem stłumiony, zresztą wszędzie bębenkowy. Srom i międzykrocze znacznie wypuklone, wargi duże na kilka cm. od siebie odstają, ztąd szpara sromowa szeroko otwarta. Wejście do pochwy zamknięte błoną dziewiczą różowawobladą, mocno napiętą i ku zewnątrz wypukloną, na powierzchni z powodu przerostu brodawek nieco chropawą, nie okazującą najmniejszego otworka. Ujście cewki moczowéj na 1 cm. poniżéj łechtaczki, prawidłowo się zachowujące; tylna ściana cewki nieco wystaje i jest na zewnątrz w małym obszarze widoczna. Cewka moczowa przebiega wzdłuż tylnéj ściany spojenia łonowego, do którego jest silniéj przyciśnięta tak, że śród przeprowadzenia cewnika doznaje się pewnego oporu. Badanie przez kiszkę stolcową daje wynik następujący: Tuż nad zwieraczem ściana przednia odbytnicy ku wycięciu kości krzyżowéj mocno wypuklona, znacznie napięta, elastyczna, przy badaniu skombinowaném okazująca wyraźne chełbotanie a ku górze zbitość znaczniejszą. Górnego ogra-

niczenia miejsca wypuklonego palcem dosięgnąć nie można; badania sposobem Simona w obec pewnego prawie rozpoznania i drogi leczniczéj wytkniętéj, jako zbytecznego, nie przedsięwzięto. Międzykrocze na 3 palce szerokie, również wypuklone.

Na podstawie powyższego badania rozpoznano u choréj: zupełne zarośnięcie pochwy błoną dziewiczą i krwistek pochwowo-maciczny (*haematocolpos et haematometra ex atresia vaginae hymenali*) i postanowiono bezzwłocznie przystąpić do usunięcia cierpienia za pomocą drobnéj operacyi, która nie wymaga prawie żadnych przygotowań, a polega na przekłuciu błony dziewiczéj zarośniętéj za pomocą trójgrańca lub noża. W celu łatwiejszego rozszerzenia otworu w błonie dziewiczéj przecięto ją warstwowo za pomocą noża, po dokładném obmyciu części rodnych rozczynem kwasu karbolowego. Zamiast krwi, któréj się spodziewano, otworem odpływać zaczęła silnym prądem czysta ropa z domieszką tu i owdzie cieniuteńkich żyłek krwi. Odpływ ropy ułatwiono rozszerzając ranę poprzecznie, przyczém zwracano uwagę, aby kanał rodny opróżniał się powoli. Dla tego, a nadto aby ochronić ściany przewodu rodnego otokiem rozcieńczone od możliwego pęknięcia, wstrzymano się od wszelkiego ucisku na obrzęk w jamie brzusznéj wybadany. Błona dziewicza okazała się po nacięciu 2—3 mm. grubą, zewnętrznie i wewnętrznie wyraźną warstwą błony śluzowéj pokrytą. Ilość ropy wynosiła około jednego litra. Co się tyczy jakości téjże, to niestety drobnowidowo badaną nie była, a to z przyczyny przedwczesnego usunięcia jéj, nim polecenie wydano przechowania ilości do badania potrzebnéj. Po opróżnieniu pochwy chora doznała natychmiastowéj ulgi, a gdy odpływ ropy ustał, przestrzykano pochwę rozczynem kwasu karbolowego i przystąpiono ostrożnie do zbadania stosunków zewnętrznie, przyczém pokazało się, że obrzęk przed operacyją nad spojeniem łonowem wybadalny, w zupełności ustąpił. Badanie wewnętrzne wykazało, że pochwa jest nadmiernie rozszerzoną i wydłużoną. Ściany jéj zupełnie gładkie; błona śluzowa przesuwalna nie wydaje się znaczniéj zgrubiałą. Ujście zewnętrzne macicy zaledwie palcem dosięgnąć się dające, rozwarte na wielkość przeszło talara; brzegi jego gładkie jako gruby wał na około ścian pochwy wyczuwalne. Szyja lejkowato rozszerzona ku górze się zwęża a ściany jéj ułożone w grube podłużne fałdy. Twierdzenie tedy Habita (*Über Atresien der weiblichen Genitalien 1857*), jakoby macica nigdy nie brała udziału w cierpieniu i tu sprawdzoném nie zostało.

Chora po operacyi czując się wolną od wszelkich dolegliwości, domagała się, aby jéj zaraz pozwolono powrócić do domu i tylko po długich namowach dała się nakłonić do pozostania przez dni kilka w klinice stałéj. Przewiezionéj ostrożnie do łóżka zalecono zachowanie zupełnego spokoju a pochwę przestrzykiwano dwa razy dziennie rozczynem kwasu karbolowego.

W pierwszym dniu po operacyi płyn użyty do przestrzykiwania odchodził mętnawy, na drugi dzień jednak zmętnienia już nie okazywał. Odtąd również nie zauważano plam na bieliźnie. W dwa dni po operacyi chora pomimo nakłaniania jéj do dalszego pozostania w klinice a mianowicie téż aż do czasu pojawienia się regularności, na własne i matki usilne żądanie klinikę opuściła. Przed wyjściem zbadano ją raz jeszcze i znaleziono stan nie wiele odmienny od tego, jaki tuż po operacyi wykazano. Rana mianowicie błonie dziewiczéj zadana jeszcze nie zabliźniona. Otwór w niéj dla palca wskazującego drożny; brzegi jego śród przesuwania palca mocno się napinają, przyczém chora doznaje bólu. Pochwa tak samo gładka, obszerna i wydłużona, ujście zewnętrzne na czworaka rozwarte. Wydzielanie ropy ustało.

Ponieważ zachodzi obawa, że pomimo sztucznego otworu w błonie dziewiczéj skutkiem niepodatności tejże zajść może *impedimentum coeundi*, jakotéż że wskutek możliwego częściowego a nawet zupełnego zarośnięcia otworu na nowo powstać mogą *molimina menstrualia*, polecono matce w danym razie chorą ponownéj poddać operacyi, mającéj na celu wycięcie kawałka błony dziewiczéj, który to sposób operowania w nowszych czasach zalecają (Davies, Custer, Schirmer).

Przy ocenianiu opisanego przypadku i jemu podobnych zwrócić należy uwagę na następujące okoliczności. W latach dziecięcych *hymen impervius* rzadko kiedy staje się przyczyną objawów chorobowych w narządzie płciowym, jakkolwiek u młodych dziewcząt, a nawet u dzieci śluz nagromadzony w większéj ilości w pochwie może wywołać znaczne zaburzenia. Poucza nas o tém najlepiéj przypadek opisany przez Hirschsprunga, w którym u dziewczynki 5 miesięcznéj w skutek błony dziewiczéj zarośniętéj powstał otok ropny pochwy w małych rozmiarach. Już na tém miejscu dodać należy, że dziecko to przedstawiało wybitne objawy krzywicy, a nadto, że powstanie otoku poprzedzał obrzęk warg sromych najprawdopodobniéj natury zapalnéj i że obok tego w kiszce stolcowéj znachodziły się szczeliny, co razem wziąwszy łatwo wpłynąć mogło na wydzielinę błony śluzowéj pochwy w tym kierunku, że powstał otok ropiasty, cuchnący, a nie śluzowy, jak to zazwyczaj w takich razach bywa.

Wadę powyższą utworową napotykamy najczęściéj u dziewcząt w porze pokwitania płciowego, wtenczas bowiem podczas każdorazowego miesiączkowania krew wydzielona rozszerza pochwę i wywołuje różne, czasem nawet ciężkie zaburzenia. Jeżeli ilość nagromadzonéj krwi w pochwie jest znaczną, natenczas rozszerza się również i szyja a nawet cała jama macicy. Rozszerzenie to od dołu ku górze przewodu płciowego postępujące dojść może do tego, że szyja w okolicy ujścia zewnętrznego stanowi z pochwą jednostajny przewód (jak podczas porodu), a w tym razie cienkie ściany szyi przy pierwszéj lepszéj sposobności pęknięciu łatwo uledz mogą. W niektórych razach nawet trąbki biorą udział w cierpieniu i również skutkiem nadmiernego rozdęcia pękają.

Z tych względów rokowanie w tém cierpieniu jest w ogóle dosyć niepewne, zwłaszcza też w przypadkach pozostawionych bez pomocy lekarskiéj, chociaż i w tych razach przydarzyć się może, że błona dziewicza znacznie napięta, jeżeli nie jest zbyt grubą, pęka dobrowolnie. Przykład tego podaje Scanzoni (*Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane*). Téj ostateczności wyczekiwać nie należy. Zejście nawet po operacyi często bywa niepomyślne, a mianowicie w przypadkach tych, gdzie trąbki rozdęte i z sąsiedztwem pozrastane podczas lub po operacyi pękają, a treść ich do jamy brzusznéj wylana ostre zapalenie otrzewnéj wywołuje. Tłumaczenie niepomyślnych wyników operacyjnych dostaniem się powietrza do jamy macicy i wywołaniem tamże zabójczego zapalenia (Charles West) nie wydaje się prawdopodobném.

W obec *hymen imperforatus* i następstw ztąd wynikłych pochwa bywa, jak to już wyżéj wspomniano, niepomiernie wydłużoną, rozszerzoną, gładką; ściany jéj grubsze, opór znaczniejszy. Kurczliwość niezwykła tychże świadczy o udziale

czynnym mięśni gładkich, który to stan Rokitansky nazwał przerostem odśrodkowym pochwy (*excentrische Hypertrophie*); błona dziewicza bywa zazwyczaj na kilka milimetrów grubą w przypadku przez Salvagnaca opisanym wynosiła grubość téjże przeszło 16 cm.

Krew za błoną dziewiczą nagromadzona jest gęstszą i bez zapachu, barwy ciemno czekoladowéj. W przypadkach nader rzadkich, do których niniejszy się zalicza, napotykamy w przypadkach *atresiae vaginae hymenalis* zamiast krwi ropę w pochwie, w których to razach rozpoznajemy *pyocolpos*, względnie *pyometra et pyosalpinx*. Przypadek podobny opisał właściwie tylko Voisin i Hirschsprung (wyżéj przytoczony), opisane bowiem przez Eppingera, Norstroema i Kuhna tutaj nie należą, ponieważ rozchodzi się w nich o wady nabyte a nie utworowe, w których to razach tłumaczenie powstania otoku ropnego żadne nie napotyka trudności. Tak samo w razach jednostronnego *Pyocolpos*, w przypadkach *vaginae septae* łatwo wytłumaczyć można obecność ropy tém, że przegroda dzieląca pochwę dobrowolnie pękła i powietrze do jamy pierwotnie krwią wypełnionéj się dostało, co w następstwie wywołało ropienie. W rzeczywistości tak się sprawa przedstawia w przypadkach opisanych przez Breiskiego, (*Archiv. f. Gynaekol.* 1871) Brausa (*Berlin. Klin. Wochenschrift* 1884) i Neudörfera (1873). Przypadków opisanych przez Hussona, Puecha i Duncana, przytoczonych przez Schroedera, jako niedostępnych zużytkować i ocenić w niniejszéj pracy nie mogłem.

Zastanawiając się nad opisanym przypadkiem i nad owemi, w których treść pochwy w skutek zarośnięcia błony dziewiczéj nie jest ropną lecz krwawą, dotknąć musimy przedewszystkiém dzisiejszych zapatrywań o ropieniu w ogóle. Zapatrywania te są dwojakie. I tak wszyscy chirurgowie prawie a oprócz nich Weigert i Cohnheim są zwolennikami zapatrywania, że ropienie tam tylko powstać może, gdzie działa jad gnilny, tj. szereg mikroorganizmów, dokładniéj jeszcze nieokreślony. Drudzy na podstawie doświadczeń dochodzą do wniosku, że zapalenie ropne powstać może także bez działania istót mikroorganicznych, jeżeli działają pewne istoty chemiczne (np. rtęć, ol. crotonis i t. d.) a do tych należą Uskoff, Orthmann, Councilmann i inni. Działania jednak istót chemicznych doświadczalnie ropienie sprowadzających u człowieka przypuścić nie możemy, a to dlatego, że w razie ich powstania w ustroju działaćby mogły jedynie w rozcieńczeniu tak znaczném, że staje się bezskuteczne.

Kwestyja ta schodzi się z drugą sporną a mianowicie, czy w ustroju normalnym znajdują się mikroorganizmy bez szkody dla tegoż; obecność ich bowiem tłumaczyć by nam mogła powstawanie ropienia w częściach odległych od powierzchni ciała wewnętrznych i zewnętrznych, których obrażenia nieznaczne nawet stanowić mogą drogę do wnikania tychże.

I pod tym względem badacze dzielą się na obozy. Jedni jak Tiegel, Zahn, a w ostatnich czasach Nencki, przechowując części tkanek i ochraniając je o ile możności od wszelkich wpływów zewnętrznych, skłaniają się na podstawie znalezionych w nich zmian gnicia do zapatrywania, iż tkanki normalne zawierają zawsze mikroorganizmy. Inni, jak Koch, na podstawie niemożności wykazania w niektórych razach mikroorganizmów drobnowidowo sprzeciwiają się twierdzeniu pierwszych.

W obec jednak stanowczego zdania powyżéj przytoczonego, iż ropienia eksperymentalnie wywołane powstają na tle pasorzytném, wobec pojawiania się ognisk ropnych w ukrytych częściach ustroju, wobec wykazanego związku między mikroorganizmami a zapaleniami ostremi szpiku kostnego, powstającemi pod wpływem urazu bez obrażenia zewnętrznego, wobec zakaźnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, przypuścić i za słuszne uznać można twierdzenie tych badaczy, którzy przypuszczają obecność mikroorganizmów w ustroju normalnym czyto stalą, czy chwilową. Powracając do przypadku opisanego przypuścić musimy, że i tutaj ropienie powstało w skutek działania mikroorganizmów najprawdopodobniéj od strony kiszki stolcowéj a wniknięcie to ułatwione mogło być przypadkowém lub powierzchownem owrzodzeniem, czego dowodem przypadek Hirschsprunga, powyżéj przytoczony. Działanie tych mikroorganizmów ułatwione było zmianami w warstwach ścian kanału rodnego, wywołanemi mechaniczném działaniem treści, która rozciągając te tkaniny sprowadzić musiała zaburzenia w krążeniu a tém samém w odżywianiu, w skutek czego odporność tkanek uległa zmniejszeniu.

Nie wykluczoną jest także możebność pośredniego działania mikrorganizmów, jeżeli ropień, choćby mały, w przegrodzie odbyto — lub męcherzowo-pochwowéj przebił się do pochwy.

Co się tyczy leczenia, to sposób użyty w przypadku opisanym okazuje się najprostszym i pod każdym względem najodpowiedniejszym.

II. O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelit.

Wykład wypowiedziany na Zjeździe przyrodników w Magdeburgu
przez prof. **Mikulicza.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

Przypadek opisany przez Chaputa (*Perforation de l'appendice ileo-coecal par corps étranger*) przedstawia wielkie podobieństwo do przypadku drugiego przezemnie obserwowanego. U mężczyzny zresztą całkiem zdrowego wystąpiły objawy przedziurawienia, a obok nich zwiększona odporność i stłumienie po nad prawym dołem biodrowym. Przypuszczając wgłobienie jelita przystąpiono do laparotomii i po wypuszczeniu 400 grm. kałowo cuchnącéj ropy zamknięto jamę brzuszną, nie znachodząc żadnych uchwytnych zmian w jelicie. Śmierć nastąpiła w 15 minut po operacyi, a sekcyja wykazała przedziurawienie wyrostka robaczkowego przez kamyk kałowy wywołane. Chaput poprzestał również tylko na wydaleniu wypociny, nie śledząc daléj za miejscem przedziurawienia, aby je szwem zamknąć, co zresztą w jego przypadku byłoby bezowocném, gdyż u chorego był najwyższy stopień zapadu. Zresztą ograniczały się zabiegi operacyjne w obec przedziurawienia jelita jedynie do wydalenia nagromadzonéj wypociny drogą przekłucia lub nacięcia z użyciem sączków lub bez takowych i z tego powodu skierowane były tylko przeciw zapaleniu otrzewny nie uwzględniając bynajmniéj jego przyczyny. W kilku przypadkach miano w ten sposób osiągnąć wyleczenie i tak Israel (l. c.) w Towarzystwie lekarskiém berlińskiém zdawał sprawę z rozległego zapalenia otrzewny w przypadku przepukliny pachwinowéj prawéj nie dającéj się odprowadzić. Gdy w przebiegu wykonanéj operacyi nie napotkano przepukliny, rozszerzył Israel ranę, wypuścił znaczną ilość silnie cuchną-

céj ropy i przepłukał tymolem. Chory wyzdrowiał, a Israel przypuszczał, że zapalenie otrzewny wzięło początek z przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Wątpliwość jednak nasuwa się, czy podejrzywany w tym przypadku otwór przedziurawienia wolno komunikował z jamą brzuszną, czy też raczéj był od samego początku zlepami zamknięty, jak to właśnie w tém cierpieniu pospolicie się przydarza. Bardzo dokładne zestawienie dotychczasowych usiłowań w kierunku operacyjnego leczenia ropnego zapalenia otrzewny bez względu na sposób jego powstania znaleść można w pracy Kaisera (*Archiv f. klin. Med.* T. XV p. 74. *Über die operative Behandlung der Bauchempyeme*), nader pouczającéj i gruntownéj. Przytacza on przypadek Piorrego, gdzie po przedziurawieniu okrężnicy i następowém zapaleniu otrzewny ropno-posokowatém przedsięwzięto punkcyję i drenowanie. Chory w 4 tygodnie zakończył życie. Nie tu miejsce wchodzić bliżéj w kwestyję operacyjną ropnego zapalenia otrzewny bez uwzględnienia przyczyny tegoż, którą najprzód poruszył Kaiser, a świeżo wznowił Leyden; ja z méj strony zupełnie przechylam się do zdania Leydena i Kaisera, że dotąd w téj chorobie rzadko tylko starano się wydalić wypocinę według powszechnie zresztą przyjętych i przestrzeganych prawideł chirurgicznych. Nie będę również roztrząsał tu pytania, czy jednorazowa, czy też powtarzana punkcyja trójgrańcem, czy krótkie nacięcie i drenowanie, czy nakoniec szerokie otwarcie jamy brzusznéj z dokładną toaletą jamy otrzewnowéj, najwięcéj odpowiada celowi, to jednak nie ulega żadnéj wątpliwości, że skoro przedziurawienie żołądka lub jelita jest rzeczą pewną lub przynajmniéj prawdopodobną, tak wszystkie co dopiero wymienione jakoteż i inne zabiegi są tylko środkami połowiczemi i że naówczas jedynym słusznym i odpowiednim zabiegiem jest szerokie roztwarcie jamy brzusznéj, celem wyszukania miejsca przedziurawienia i zespojenia go szwem. Głęboko przekonany, że ta droga zyska sobie z czasem powszechne uznanie i lepsze wykaże rezultaty, niźli dotychczasowe wyczekiwanie, nie mogę jednak zaprzeczyć, iż wykonanie saméj operacyi w każdym poszczególnym przypadku natrafia chwilowo jeszcze na znaczne bardzo trudności, które z czasem przy większém doświadczeniu w tym kierunku dadzą się wprawdzie zmniejszyć, lecz może nie całkiem usunąć. Nie obawa jednak przed otwarciem jamy brzusznéj, odwodząca jeszcze w ostatnich latach od zabiegu operacyjnego w chorobie na pewne prawie śmiertelnéj, stanowi ową przeszkodę, trudność leży bowiem, jak to powszechnie podnoszą chirurdzy, w rozpoznaniu dosyć wczesném powyższego stanu. Zewsząd prawie dochodzą skargi, jak trudném, często niemożliwém jest niestety ścisłe rozpoznanie przedziurawienia żołądka lub jelita w pierwszych okresach, kiedy operacyja przedstawia jeszcze widoki powodzenia, a późniéj gdy przebieg dalszy upewnił rozpoznanie, zwykle też zapalenie otrzewny razem się rozpostarło i minął czas pomyślny dla operacyi. Te względy bez wątpienia wstrzymywały dotąd chirurgów i internistów od podjęcia zabiegu operacyjnego, ale nasuwa się tutaj pytanie, czy trudność rozpoznawcza stanowi istotnie przeszkodę nieprzezwyciężoną i czyli już rozwinięte zapalenie otrzewny odbiera wszelkie widoki operacyi? Zdaniem mojém zapatrywania te posunięto nieco za daleko i sądzę, że jeżeli nie wszystkie to znaczna ilość przypadków jeszcze przed rozwojem zapalenia otrzewny lub mimo takowego z powodzeniem może być przedmiotem operacyi. Przedewszystkiém więc trzeba zadać sobie pytanie: czy poczynające się, lub już w pełnym rozwoju będące zapalenie otrzewny jest bezwzględném przeciwwskazaniem dla laparotomii?

Bezwątpienia spodziewać się można skromnych tylko wyników w przypadkach powikłanych już z zapaleniem otrzewny, lecz mimo to niesłusznie obniżaliśmy dotąd wartość rezultatu, odmawiając nawet próbom operacyi prawa słuszności. Do tak pesymistycznego zapatrywania nie mało przyczynia się dzisiejsze stanowisko chirurgii brzucha. We wszystkich większych operacyjach brzucha staramy się działać jedynie w nienaruszonéj otrzewnie, i nie obce są nam środki powstrzymujące zakażenie otrzewny po operacyi, tak że w tym kierunku przynajmniéj możemy ręczyć prawie za przebieg. W zapaleniu otrzewny po przedziurawieniu nie można myśleć oczywiście o pewném rokowaniu, co nadzwyczajnie utrudnia decyzyję lekarza i rodziny chorego. Główny powód biernego zachowania się z naszéj strony w obec zapalenia otrzewny po przedziurawieniu leży w nazbyt niekorzystném wyobrażeniu naszém o możliwości w ogóle zejścia pomyślnego zapalenia otrzewny. Zaiste w tym względzie doświadczenie chirurgów jest bardzo smutne, ostre zapalenie otrzewny bowiem dołączające się do zabiegów operacyjnych przebiega prawie zawsze śmiertelnie a wszelkie usiłowania powstrzymania go przez otwarcie jamy brzusznéj i toalety otrzewny, o ile mi wiadomo, dotąd zawsze zawodziły. Z drugiéj strony doświadczenie zyskane z przypadków zapalenia otrzewny poucza o możliwości zupełnego wyleczenia po wydaleniu wypociny. Bardzo wiele stanowi z pewnością w téj mierze rodzaj powstania procesu zapalnego otrzewny. Jeśli w czasie laparotomii otrzewna na znacznéj przestrzeni uległa zakażeniu a nadto jeszcze inne stosunki niepomyślnie się ukształtują, np. większe powierzchnie ranne otwarte w otrzewnéj, nagromadzenie się większych ilości wydzieliny, powstanie martwych przestrzeni itp., wówczas wznowiona laparotomija nie zdoła usunąć warunków podtrzymujących zapalenie otrzewny, a nie mniéj także desinfekcyja doszczętna otrzewny zakażonéj odrazu na wielkiém polu udaje się o wiele trudniéj aniżeli tam, gdzie zakażenie pierwotne z jednego punktu wzięło początek. W przebiegu zapalenia otrzewny po przedziurawieniu i we wielu innych jéj formach powstania, zwłaszcza w postaci połogowéj, cała otrzewna z gruntu jest nienaruszona i zazwyczaj też do swych funkcyj uzdolniona, tak, że wessanie nagromadzonéj wydzieliny, a co ważniejsza jeszcze wytworzenie się zrostów i odgraniczenie pierwotnego ogniska zakaźnego, może się dokonać na każdém miejscu w sposób należyty i ująć w karby zapalenie otrzewny. Nie zawsze też po przedziurawieniu ogarnia proces zapalny całą otrzewnę z jednakowém natężeniem, często bowiem tworzą się zlepy, które co prawda rzadko tylko zamykają bezpośrednio miejsce przedziurawienia, często jednak skupiają zapalenie otrzewny na mniejszym lub większym jéj odcinku. Również pomyślne widoki uleczenia stwarza się oczywiście, jeśli można równocześnie, jak to ma miejsce w obec przedziurawienia, znieść przyczynę, która wznieca proces zapalny. Z przypadku laparotomii opisanego przez mego asystenta Dra Schramma [1]), który operowałem

[1]) *Die Laparotomie bei innerem Darmverschluss*, *Langenbecks Archiv* XXXIII, 4 Heft. Ze względu, że nie jednemu z czytelników praca ta bliżéj jest nieznaną a zamiarem moim jest odwołać się jeszcze późniéj do tego przypadku, nakreślę go tu przeto pokrótce (*Centralblatt für Chir.* 1884, Nr. 7; odnośnie do tego przypadku i dwóch innych przezemnie operowanych tyle tylko zaznacza, że wykonałem trzy laparotomije, które zakończyły się śmiercią).

już przed 1½ rokiem z przyczyny zwężlenia jelita, wyniosłem doświadczenie, że zapalenie otrzewny surowiczo-włóknikowe z obfitą wypociną po laparotomii całkowitém wyleczeniem kończyć się może. Drugi z opisanych tu przypadków pouczył mnie, że w najgroźniejszéj formie ropno-posokowatéj przez wydalenie wypociny chwilowe polepszenie sprowadzić można, a również w przypadku Boullego po laparotomii objawy zapalenia otrzewny nie powtórzyły się więcéj. Trzeci mój przypadek, jakotéż opisane przez Israela i Littena, dowodzą wymownie, że w zapaleniu otrzewny ropnoposokowatém wyzdrowienia zupełnego wykluczyć nie można. Znane są pomyślne wyniki Keatha, Spencer-Wellsa i innych, podejmujących owaryjotomiję w przebiegu rozgrywającego się zapalenia otrzewny, a pouczającą nie mniéj jest liczna kazuistyka, zestawiona przez Kaisera w wspomnianéj już pracy o leczeniu operacyjném otoków brzusznych. Prócz pojedyńczego przypadku z kliniki Kussmaula, ocalonego przez wielokrotne punkcyje, przywodzi Kaiser z literatury cały szereg innych uleczonych z ropnego a nawet posokowatego zapalenia otrzewny już to przez dobrowolne przebicie się wypociny na zewnątrz lub do jelita, już też przez sztuczne wydalenie jéj drogą punkcyi lub nacięcia i drenowania. Słusznie zauważył Kaiser, że w stosunku do częstości zapalenia otrzewny zbyt rzadko podejmowano zabieg operacyjny, zwłaszcza po ranach postrzałowych i pęknięciach. Zdaniem jego nie dość ograniczyć się do punkcyi, lecz należy wykonać dostatecznie wielkie nacięcie i założyć sączki, ewentualnie przystąpić do oczyszczenia jamy brzusznéj.

Widoki uleczenia zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita zawisły głównie od mniéj lub więcéj ostrego przebiegu i formy procesu zapalnego. Forma ostra w ciągu kilku godzin śmierć pociągająca już z tego powodu nie wielkie obudza nadzieje, że mało użycza czasu do działania; pomyślniejszym o wiele jest zrazu ograniczony proces zapalny, jaki zazwyczaj łączy się z przedziurawieniem wyrostka robaczkowego. Z pośród przedziurawień urazowych bezwarunkowo lepiéj każą rokować małe pęknięcia i rany kłute, jakotéż bezpośrednie zmiażdżenie ściany jelita, prowadzące do przedziurawienia, aniżeli zranienia postrzałowe, gdzie z przyczyny wywinięcia się błony śluzowéj trudno oczekiwać chwilowego zamknięcia miejsca przedziurawienia lub pozlew z naprzeciw położoną częścią otrzewny, gdzie przeto od razu większa ilość treści jelita wpływa do jamy brzusznéj. Rozległe rany kłute i pęknięcia, jak np. całkowite oderwanie się jelita w pobliżu dwunastnicy, nie obudzają wielkich nadziei wyleczenia. Za pomyślniejsze od urazowych należy uważać w ogólności przedziurawienia z wrzodów wychodzące, gdzie poprzód powstałe zlepne zapalenie otrzewny tamuje często nagłe przebicie ściany jelita. Decydującym przeto istotnie jest przebieg zapalenia otrzewny zrazu się rozwijającego, a w tym kierunku można rozróżnić trzy formy:

1) zapalenie w formie nader gwałtownéj przebiegające i prowadzące wśród 24 godzin do śmierci;

2) formę ostrą, ciągnącą się 2, 3—4 dni;

3) formę przyostrą, całkiem wolno postępującą, która po 5—8 lub 15 dniach często nawet późniéj śmiercią się kończy. Postać pierwsza wtedy tylko może być przedmiotem leczenia, jeśli pomoc jest natychmiastowa, a rozpoznanie od razu jest zapewnione, inaczéj przypadki te do straconych liczyć potrzeba. Forma druga pozostawia zawsze dość czasu dla wykonania operacyi, jeśli poprzestanie się na kilkogodzinnéj obserwacyi, a potém szybko przystąpi się do aktu operacyjnego. W formie trzeciéj wreszcie, gdzie objawy zapalne dopiero 2go lub 3go dnia się pojawiają, najwięcéj da się usprawiedliwić wyczekiwanie. Co do okresu zapalenia otrzewny, w którym wykonanie operacyi jeszcze może mieć racyję, to. jakkolwiek z jednéj strony pożądaném jest równocześnie z wystąpieniem pierwszych objawów zapalnych uciec się do laparotomii, z drugiéj strony nawet już w daleko posuniętym okresie zapalenia jeszcze skutku spodziewać się wolno, jak tego dowodzą przytoczone wyż przypadki. Mierny stopień zapadu nie powinien również sprowadzać z drogi usiłowań zmierzających do ocalenia chorego, potwierdzeniem czego wzmiankowana praca Schramma, w któréj uwidocznione są przypadki niedrożności jelita, operowane z powodzeniem śród spotęgowanego już zapadu. Oczywiście rozważyć trzeba w każdym szczególnym przypadku, czy zapad chorego zwiastuje stadyjum końcowe zapalenia otrzewny, czy też jest on tylko wynikiem przytłumienia nerwowego po przedziurawieniu jelita, gdyż w pierwszym razie operacyja pozostanie na pewne bez skutku. Uwzględniając zapalenie otrzewny możnaby w ogólności, jak długo przyszłe dodatnie doświadczenia nie wskażą dalszych ograniczeń, wskazania do laparotomii ująć w następną formułę: Zapalenie otrzewny samo przez się nie jest przeciwwskazaniem do operacyi, którą podjąć się godzi w każdym okresie zapalenia otrzewny, dokąd tylko siły chorego na to zezwalają. W stadyjum końcowém zapalenia otrzewny, nitkowate i nader częste, ledwo wyczuwalne tętno, a zwłaszcza niska ciepłota ciała (niżéj 36°) jest dla nas wskazówką do zaniechania operacyi. Zresztą wykonanie zabiegu operacyjnego zawisło nadto jeszcze od obecności lub braku innych momentów, nie zostających w bezpośrednim związku z zapaleniem otrzewny, jakoto rozległe zranienia, znaczny stopień niedokrewności, ogólna gruźlica itp.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Mężczyzna, lat 29, okazuje od dni kilku objawy *Ileus;* rozpoznano zapalenie otrzewny w skutek uwięźnienia wewnętrznego lub skręcenia się jelit. Przy laparotomii wydalono około litr cieczy mętnéj zmięszanéj z strzępami włóknika i usunięto przeszkodę. Jeszcze tegoż samego dnia oddał chory obfity stolec a przebieg w pierwszych dniach czterech był pomyślny, prawie bezgorączkowy; w dniu 5ym przystąpiło zapalenie płuc; w dniu 9ym wszystkie szwy brzuszne się rozeszły, a rana rozstąpiła się w zupełności. Pokryta ziarniną pętla jelita usadowiła się w głębi rany, lecz do objawów zapalenia otrzewny więcéj nie przyszło; w skutek założenia szwów następowych z drutu srebrnego odsłonięta pętla jelita uległa w jedném miejscu przetarciu, które sprowadziło w następstwie przetokę kałową. Wszelkie starania zamknięcia przetoki lub zmniejszenia rany zewnętrznéj nie odniosły skutku, większa część treści jelita odpływała na zewnątrz. W 4 tygodnie po operacyi chory skutkiem wycieńczenia życia dokonał.

III. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. Jabłonowski w Bagdadzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

Przypady. Wyczerpujące opisy przypadków charakteryzujących dżumę, jakie spotykamy w dziełach klasyków, czynią zbytecznem podawanie ich tutaj porządkiem klinicznym. Jednakże dla zdania sobie sprawy z epidemij panujących na Wschodzie tureckim uważam za stósowne podać porównawczy przegląd przypadów, zauważanych u małéj ilości chorych leczonych w szpitalach, z pojawami zarazy zauważanemi w ostatniéj epidemii dżumy w Iraku. Podobny

przegląd przekona nas, że zaraza za każdorazowym swym wybuchem przedstawiała pewną różnicę w rozwoju przypadów, z których jedne występowały z bardzo gwałtowną siłą, podczas gdy inne nieco łagodniejsze, zdawały się dominować nad ogólnym patologicznym stanem wyróżniając go w części od prawidłowego przebiegu postaci klinicznych. Nie posiadając jednak dokładnych sprawozdań z epidemii dżumy, które tu grasowały w latach uprzednich, tylko co podane wnioski muszę jedynie oprzeć na faktach, jakie obserwowałem w przebiegu ostatniéj tu epidemii. O czasie, jakiego zaraza potrzebowała do swego przyswojenia się, wspomniałem już uprzednio. Tu więc jeszcze powtórzę, że ośmiodniowy okres zaznaczony jako kres wylęgania nie znalazł potwierdzenia w przebiegu tutejszéj zarazy. Zakażenie bowiem rozpoczynało się tu od objawów ogólnych z przebiegiem szybkim a nawet gwałtownym, i zwykle po upływie dwóch dni, decydującym o fatalném zakończeniu się choroby, lub też bardzo powolnym z trudnym powrotem do zdrowia. Z porównania obrazu klinicznego zarazy z postacią jéj tu obserwowaną najlepicj się o tém przekonamy.

Obraz kliniczny:	Postać zarazy w Iraku:
Niedomaganie.	Wysoki stopień ogólnego osłabienia.
Uczucie zimna.	Dreszcze bardzo silne, częste i nieregularne.
Ogólne bóle głowy.	Bóle nadzwyczaj ostre, umiejscowione w okolicy skroniowéj.
Zawroty.	
Ogłuchnięcie.	Szum w uszach.
Chwianie się w pozycyi stojącéj.	Stanie niemożebne, niekiedy kurcze i bóle kłujące w przebiegu mięśni.
Bezsenność, lub sen krótki przerywany i niespokojny.	Stan odurzenia i śpiączka, majaczenie i sny przerażające.
Twarz wyrażająca przestrach.	Policzki zapadłe, kurcze w mięśniach twarzy i kątach ust.
Stan obłędu spokojnego.	Obłęd zawsze gwałtowny. Drgawki i wstrząśnienia.
Spojówka nastrzykana.	Oczy zaczerwienione, błyszczące, szkliste, najczęściéj zwrócone w kąty oczodołów. Bóle kłujące lub piekące w gałkach ocznych. Źrenica zwężona. Bóle drące w stosie pacierzowym, pod pachami, w lędźwiach i pachwinach.
Oddech trudny, jednak bez wyraźnych powikłań po stronie płuc.	Oddech przyspieszony obojczykowy, zawsze połączony z bólami. Częsty ostry nieżyt oskrzeli. W licznych przypadkach zapalenie zrazowe płuc i zgorzelina.
Tętno wydatne i częste 88—100.	Tętno nędzne, słabe, bardzo przyspieszone 92—116.
Wysoka ciepłota ogólnych powłok skóry.	Skóra tylko w pewnych okolicach gorąca i sucha.
Ciepłota pod pachą 39° do 40,3° C.	Ciepłota 40°—41,7° C.
Język wilgotny, biały.	Język na pół suchy, obłożony biało, z żółtawą powłoką.
Pragnienie nieznaczne.	Nieuśmierzone pragnienie.
Apetytu brak zupełny.	Gwałtowna skłonność do pokarmów płynnych lecz tłustych. Bóle kłujące w okolicy odźwiernika. Brzuch wzdęty.
Częste wymioty, wodniste, żółtawe.	Płyn wydalony przez wymioty skąpy, gęstawy lub śluzowy. Krwotoki żołądkowe u kobiet i dzieci. Głębokie ściskające bóle w wątrobie.
Bóle brzucha i biegunka.	Zatwardzenie. Kał wydalony koloru brunatnego lub popielatego, bardzo cuchnący.
Bóle kłujące w nerkach moczowodach.	Ciężkość bardzo dolegliwa w okolicy dna pęcherza moczowego. Moczenie trudne.
Mocz, jak u dotkniętych durem.	Ilość moczu skąpa, jakość nie stała. Chlorany i fosforany zmniejszone. Siarkany przeważniéj. Ślady tyrozyny. Ślady ciałek krwi w moczu u wszystkich chorych.
Na powłokach skórnych plamy o podstawie twardéj, zapalnéj, fijoletowe lub czarne, średnicy kilku linij, ciągle się powiększające. Wreszcie pęcherzyk, strup i zgorzel.	Brak plam. Wągliki tworzące grupy obrzmień twardych bolesnych, szybko przechodzących w zgorzel.
Dymienice w pachwinach i miejscach, gdzie były plamy.	Dymienice tylko w pachwinach i pod pachami, w rzadkich przypadkach przechodzące w stan ropienia. Pokrywająca je skóra fijoletowa lub téż wcale nie zmienia koloru. Obrzmienie i zatkanie gruczołu sutkowego.
Dymienice niekiedy znikają bez śladu.	Trwanie dymienic odpowiada przebiegowi choroby. W przypakach szczęśliwych, blizny lub tylko twarde obrzmienia trwają bardzo długo.
Ropa dymienic gęsta i dobréj natury.	Treść dymienic skąpa, na pół płynna, pomięszana ze krwią, sinica.

Z porównawczego tedy przeglądu przypadów dżumy, przeglądu opartego na obfitym materyjale klinicznym, jakiego dostarczyła nam zaraza, zapewniliśmy się o występowaniu w epidemii w Iraku arabistańskim pojawów ogólnych daleko groźniejszych aniżeli zauważono w innych punktach. Co większa tutaj dotknięci zarazą przedstawiali tylko jeden okres przebiegu choroby, któréj cechujące pojawy występowały z nadzwyczajną szybkością i siłą. Po kilkugodzinnym zaledwie okresie ogólnego niedomagania, zakażony tracił przytomność i wpadał w stan obłędu. Wkrótce zatém i z uderzającą szybkością występował szereg innych pojawów, na których fatalne zwykle zakończenie wystarczała jedna doba lub najwięcéj parę dni. Każdym więc razem, gdy chory uskarżał się na silne dreszcze, bóle drące w stosie pacierzowym, gdy wpadał w stan odurzenia, gorączkował przy tętnie zbyt przyspieszoném, gdy wymioty były krwawe, mocz zawierał ciałka krwi, wypadało tylko poddać uskarżającego się ściślejszemu badaniu, dla przekonania się, że jednocze-

śnie z powyżéj wymienionemi pojawami istniało charakterystyczne obrzmienie gruczołów, głównie jednak pod pachami i w pachwinach. — Obrzmienia te, jakkolwiek od początku bolesne przy stanie odurzenia, w jakiém się znajdował chory, zwykle znoszono z cierpliwością, jednak decydowały stanowczo o naturze choroby, owéj „*Peste bubonique d'Orient!*“ Były to tak zwane pojawy miejscowe, nie czekające jednak, jak to gdzieindziéj zauważano, na wystąpienie ogólnych pojawów zakażenia, lecz występujące jednocześnie i zdradzające potężną siłę zarazy. Prócz procesu patologicznego w gruczołach pod pachami i w pachwinach, gruczoły przyuszne, szyjne i niekiedy podszczękowe, przedstawiały także stan zapalny, lecz tylko u dzieci przechodziły w stan powolnego ropienia. U niektórych osób spotykałem także podobne obrzmienia w okolicy podkolanowéj. Ostatni ten jednak pojaw występował zwykle u osób silnéj budowy ustrojowéj i ci, jakkolwiek dotknięci zakażeniem, zdołali jednak uniknąć nieszczęśliwych następstw zarazy. Wreszcie w uzupełnieniu opisu pojawów cechujących dżumę w Iraku arabistańskim dodam jeszcze, że w ostatniéj epidemii rzadko spotykaliśmy plamy i wyrzuty skórne, które jednak stale istniały w epidemijach lat uprzednich, poprzedzając ogólne zakażenie i będąc zwiastunami rychłego jego rozwoju. Brak ich stanowi wydatną cechę ostatniéj epidemii. Prócz tego nie spostrzeżone dawniéj zatkanie gruczołu sutkowego, szybkie jego przechodzenie w stan zapalny, ropienie i rozpad zgorzelinowy spotykaliśmy tu często i groźny ten objaw w naszych stosunkach był wielką pomocą w rozpoznaniu zakażenia u kobiet. Słowem panująca w Iraku zaraza jeżeli co do charakteru i siły swych pojawów nie różniła się wiele od znanych z dzieł opisów, to jednak niektóre z jéj przypadków występujące czy to częściéj czy to z większą gwałtownością, nadawały jéj wyłączne piętno choroby szerzącéj się w miejscowościach, posiadających jakby wyłączny przywilej sprzyjania jéj rozwojowi i wywieranie wpływu na występowanie pojawów szczególnych.

Przenoszenie i udzielanie się zarazy. Wyłuszczone przyczyny i drogi przyswajania się dżumy wskazują konieczność szczegółowego zastanowienia się nad kwestyją o tyle ważną, o ile interesującą, mianowicie nad sposobami przenoszenia i udzielania się zarazy. Łatwo byłoby znaleść na to stósowną odpowiedź, gdyby istnienie pierwiastku z pewnością wywołującego zarazę było stanowczo wykazaném. Tego jednak dotąd nie wiemy, a co gorsza, że tak w sprawozdaniach jak i spostrzeżeniach dokonanych w miejscach nawiedżonych przez zarazę, nie spotykamy się jak tylko z przypuszczeniami sprzecznemi pomiędzy sobą, tak że można powiedzieć, że ilu było badaczy, tyle też było najrozmaitszych opinij, zanotowanych wprawdzie i rozpowszechnionych, ale najczęściéj niezgodnych z faktami spotykanemi w praktyce. Dla nas, cośmy mieli sposobność zetknięcia się niejako z zarazą, śledzenie jéj powstania, rozwoju, przebiegu i zakończenia się, kwestyja transmisyi wreszcie, przedstawia się w odmiennych nieco zarysach, dozwalających sformułowania jeżeli nie stanowczo pewnych, to przynajmniéj prawdopodobnych zapatrywań. Przypuściwszy za przyczynę wywołującą dżumę istnienie nieoznaczonych wprawdzie, niemniéj jednak właściwego rodzaju zarodków, to im przypisujemy najważniejszą rolę, jaką bezwątpienia odgrywają w udzielaniu i przenoszeniu się zarazy z miejsca na miejsce. Przekonanie moje o istnieniu właściwego przyrzutu jest tak głębokiém, że w przyszłe wykazanie jego istnienia wątpić nawet sobie nie pozwalam. Nim to jednak nastąpi, przypatrzmy się obecnemu stanowi téj kwestyi.

W skutek rozkładu gnilnego istot organicznych powstałe zaduchy, nasycając otaczające chorych powietrze, wytwarzają atmosferę, dającą się rozpoznać i wyróżnić przez właściwy przenikający odór, który słusznie może nazwać odorem zadżumionych. Zarodki więc i powietrze zaduchowe tworząc prawdziwe ogniska są zwykle miejscami czekającemi na pierwszą sposobność, aby się rozwinąć, przerzucić i szerzyć daléj, każdym razem gdy ich siedlisko pierwotne nie zostanie ograniczoném i że się tak wyrażę, zamkniętem stósownemi ostrożnościami. Pierwszą więc i najczęstszą okolicznością sprzyjającą przenoszeniu się dżumy jest to bezpośrednie zetknięcie się zakażonych ze zdrowymi. Na poparcie tego twierdzenia posłuży parę uderzających przykładów. Dzięki nieustannym stosunkom istniejącym między mieszkańcami Iraku arabistańskiego i Lurystanu perskiego, zaraza będąca tam chorobą nagminną została przywleczoną do Bedré przez robotników młynarzy. Ci ostatni prawdopodobnie już cierpiący, znalazłszy w jednym z tutejszych młynów kilka rodzin kurdzkich swych ziomków, zostali tam przyjęci jako goście do czasu wynalezienia zajęcia. W sześć dni po ich przybyciu, mieszkańcy młyna dotąd cieszący się dobrym stosunkowo stanem zdrowia, zaczęli niedomagać i wkrótce potém cztery kobiety, jedno dziecko i dwóch starców, pierwsi padli ofiarą przywleczonéj zarazy. Jakkolwiek tak znaczna śmiertelność pośród stosunkowo małéj liczby mieszkańców powinna już zwrócić na się uwagę urzędnika sanitarnego, na nieszczęście nie miało to miejsca. Z tego powodu i mieszkańcy nie przestając uczęszczać do młyna, pozostawać tam po kilkanaście godzin nic nie podejrzywając, mieli styczność z zakażonymi, sypiali na workach lub ich rogóżkach i powracając do domów przenosili w ten sposób zarodek chorobowy w łono własnych rodzin. Taki był początek zawleczenia się zarazy najprzód z młyna do Bedré, a następnie drogą bezpośrednich stosunków mieszkańców jednych z drugimi, do Zorbatye i Dżesanu. W pierwszych chwilach szerzenia się zarazy w Bedré i przed tém, nim miejsce to zostało otoczone łańcuchem sanitarnym, dwie rodziny zdołały zemknąć z miasta, i w przekonaniu, że uwieziony chory przez zmianę miejscowości uniknie strasznych następstw zarazy, pospieszyli przedostać się najprzód do małego miasteczka Kazanieh, ażeby ztąd przenieść się następnie do Mendeli. Stało się jednak inaczéj. Chory umarł na popasie w Kazanieh. Rodzina z obawy przed odkryciem cichaczem przeniosła zwłoki do Mendeli, pochowała je na pobliskim cmentarzu, sama zaś pospieszyła zająć mieszkanie we właściwym tutejszym zajezdnym domu, pospolicie zwanym „Hau.“ W 14 godzin po jéj przebyciu do Mendeli, przewodnik, jedna kobieta i mężczyzna w wieku średnim zostali tknięci zarazą, która też taką przywleczona drogą wkrótce zaczęła się szerzyć w miasteczku.

Łatwość szerzenia się zarazy za pośrednictwem odzieży, bielizny i pościeli, wełny naturalnéj lub szmat, popiera jeszcze następujący fakt. Jeden z naszych kolegów Dr. Pardalakis, przepędziwszy noc pod namiotem, gdzie przed paru dniami gospodarz właśnie umarł był z dżumy, uległ gwałtownym pojawom zarazy, przebył ją wprawdzie szczęśliwie, lecz nabył przekonania, że na cudzych rogóżkach lub dywanie sypiać nie zawsze bywa bezpiecznie! Jednem słowem szerzenie się zarazy przez zetknięcie się z chorymi,

lub nawet tylko z ich odzieżą, w czasie ostatniéj epidemii w Iraku arabistańskim zostało potwierdzonêm faktami nie dającemi się zaprzeczyć. One téż również zdają się przemawiać i za istnieniem właściwego zarodka, który śród warunków sprzyjających, mianowicie przy odpowiednim i właściwym mu stopniu ciepłoty, drogą przerzutu, sprzyja dalszemu szerzeniu się zarazy. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. O. Messerer (w Monachijum): **O znaczeniu sądowolekarskiém rozmaitych postaci złamań kości.**

Autor, docent chirurgii w Monachijum, znany jest z kilku prac doświadczalnych, odnoszących się do przedmiotu niniejszego; a mianowicie w r. 1880 ogłosił rzecz p. t. *Uiber Elasticität u. Festigkeit der menschlichen Knochen*, a w r. 1884 *Experimentelle Untersuchungen über Schädelbrüche*, obie prace objaśnione licznemi tablicami, a zwłaszcza w ostatniéj autor nietylko zestawia prace dawniejsze, jak Schranza w Wiedniu, Schwartza, Rückera, Hermanna i Wahla w Dorpacie, Arana i Félizeta w Paryżu i innych, ale opierając się na własnych doświadczeniach, wykonanych za pomocą umyślnie sporządzonego aparatu na przeszło 80 świeżych trupach, podaje wnioski swe bardzo cenne dla chirurgii i medycyny sądowéj.

Jeżeli pierwsze te prace tyczyły się wyłącznie uszkodzeń kości czaszkowych, to obecna, będąca wyciągiem z wykładu, mianego w Towarzystwie lekarskiém monachijskiém, obejmuje cały system kostny, a ponieważ ona zawiera wnioski bardzo ważne, pospieszamy ze zdaniem z niéj sprawy dla czytelników naszego tygodnika w przekonaniu, że ona będzie pożądaném dla kolegów, którzy nie mieli sposobności zapoznania się z wykładem Dra Messerera, jako ogłoszonym w czasopiśmie specyjalném.

W praktyce sądowolekarskiéj ważną jest kwestyja, w jaki sposób i w jakim kierunku zadane zostało obrażenie, znalezione na człowieku żywym lub zmarłym. Jeżeli odpowiedź na to pytanie jest dosyć łatwą, ile razy się rozchodzi o uraz części miękkich, to w obec obrażenia kości jest ona o wiele trudniejszą, a stała się możliwą dopiero na podstawie badań najnowszych. Ponieważ badania te są porozrzucane po rozmaitych czasopismach chirurgicznych i oddzielnych traktatach, więc nic dziwnego, że nie pozyskały jeszcze prawa obywatelstwa w dziełach o medycynie sądowéj, nawet najnowszych.

I. Złamania kości czaszkowych.

W dwojaki tylko sposób czaszka uledz może złamaniu: albo w skutek przesunięcia się części poszczególnych, albo w skutek rozsadzenia czyli pęknięcia. Czaszka zachowuje się w obec urazu, jak orzech włoski, który ugnieciony palcami lub uderzony doznaje uszkodzenia w skutek załamania się części ugniecionych lub uderzonych, albo też rozpada się i pęka, a więc mamy albo załamanie albo też rozpadlinę *(fissura)*; rozumie się samo przez się, że jedno i druga równocześnie obok siebie istnieć mogą.

1. Załamania.

Od dawien dawna załamaniom rozmaite nadawano nazwy, i tak mamy załamanie właściwe, załamanie rurkowate (*Lochbruch)*, załamanie gwiazdowate, połączone ze zdruzgotaniem, wgnieceniem i zaklęknieniem; tu należą także odosobnione odszczepienia blaszki szklistéj.

Rozmiary załamania odpowiadają obszarowi przedmiotu uraz wywołującego. Zwłaszcza załamania rurkowate zachowują się zupełnie tak samo jak rany kłute czaszki, a wiadomo, że postać wkłucia w czaszce z powodu jéj plastyczności odpowiada w zupełności przekrojowi użytego narzędzia, tak że w danym przypadku ocenić można, czy rana kłuta zadana została nożem lub narzędziem stożkowatêm lub wielobocznêm, oraz gdzie ostrze noża a gdzie tylec był skierowany.

Jeżeli więc postać załamania pozwala wnosić o objętości narzędzia, to od siły użytéj zależy, czy załamanie nastąpiło zupełne lub nie. I tak powstają załamania rurkowate, jeżeli siła była znaczną, w przeciwnym razie występują wgniecenia lub odszczepienia blaszki szklistéj. Wiadomo, że broń palna wywołuje na czaszce w miejscu wstrzału otwór o brzegach ostrych; ztąd wniosek zdawałby się usprawiedliwiony, że ile razy znajdujemy na czaszce otwór o takich brzegach, mielibyśmy prawo sądzić, że narzędzie działało z wielką szybkością. Tymczasem doświadczenia autora wykazały, że nawet skutkiem powolnego gniecenia można wywołać otwór rurkowy o brzegach całkiem ostrych. Okoliczność ta więc zasługuje na uwagę pod względem sądowolekarskim.

Wprawdzie załamania zwykle następują w miejscu, gdzie działał uraz, jednak często się także zdarza, że uszkodzenie nadto występuje na miejscu, w którém czaszka śród urazu spoczywała na podstawie jakiejś, co większa, występuje czasem wyłącznie na têm miejscu, podczas gdy miejsce bezpośrednio ugodzone okazuje się nie uszkodzonêm. Tak samo i orzech włoski, leżący na stole, uderzony pięścią, załamuje się czasem w miejscu, którém do stołu przylegał, podczas gdy miejsce uderzone pozostaje nietkniętêm. Wprawdzie, jeżeli uderzenie w głowę ma miejsce od strony czoła lub tyłogłowia lub z boku, o spoczywaniu głowy na podstawie jakiéjś zazwyczaj nie ma mowy, chyba, jeżeli np. na człowieka, leżącego na ziemi, spada jakieś ciało ciężkie; natomiast, jeżeli człowiek stoi lub siedzi, głowa zawsze spoczywa na podstawie naturalnéj, na kręgosłupie. W takich razach uderzenie, zadane w sklepienie czaszki, wywołuje częstokroć złamanie nietylko na sklepieniu, ale i na części czaszki, przylegającéj do podstawy, a złamania te ostatnie mają postać charakterystyczną. W skutek odporu kręgosłupa części kłykciowe potylicy, piramidy kości skalistych i *clivus Blumenbachii* wparte zostają ku wewnątrz, a ztąd powstaje załamanie pierścieniowate, odpowiadające obszarowi urażającemu, t. j. kręgosłupowi szyjnemu. Tym sposobem najczęściéj powstają złamania podstawy czaszkowéj pierścieniowate

Fig. 1.

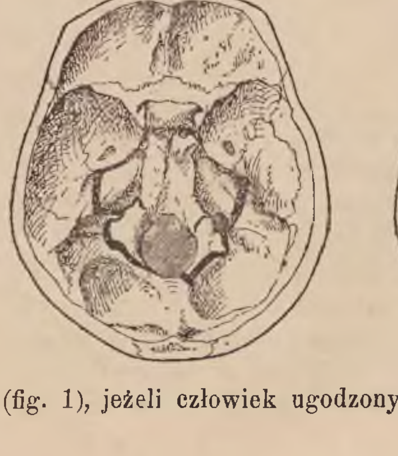
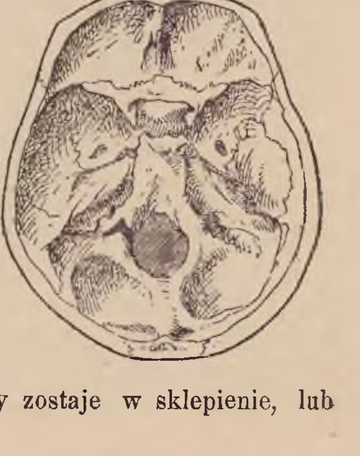


Fig. 2.



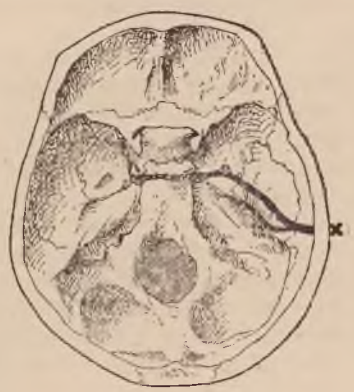
(fig. 1), jeżeli człowiek ugodzony zostaje w sklepienie, lub

jeżeli spada na wierzchołek głowy; ale powstają one także po upadnięciu na stopy, na kolana lub pośladek, a wtedy mechanizm jest ten sam, którym się posługujemy, aby żelazo młota wpędzić do rękojeści, — uderzamy poprostu w rękojeść. Jeżeli przy sekcyi znajduje się takie złamanie pierścieniowate, nie ulega wątpliwości, że uraz działał pionowo. Złamania te atoli nie zawsze są tak wybitnemi, częstokroć znachodzi się tylko małe pęknięcie nad częściami kłykciowemi lub nad *clivus*, ale i one powstają tylko drogą bezpośrednią, przez odpór kręgosłupa, a nigdy pośrednio (fig. 2).

Fig. 3.



Fig. 4.



2. Rozpadliny (*fissurae*).

Według prawa Arana rozpadliny wychodzą zawsze od miejsca bezpośrednio ugodzonego i przebiegają do podstawy czaszkowéj na drodze najkrótszéj. Od tego prawa atoli zdarzają się tak liczne wyjątki, że one już obecnie na miano prawa nie zasługuje. Prawdą tylko jest, że rozpadlina prawie zawsze wychodzi od miejsca ugodzonego i że ztąd najczęściéj przebiega do podstawy. Tak więc w braku nawet wszelkich innych danych można w obec rozpadliny oznaczyć punkt bezpośredniego zaczepienia. Mylném okazało się także twierdzenie Félizeta, jakoby rozpadliny przebiegały wzdłuż najcieńszych części czaszki; dla tego skłaniano się w nowszych czasach do zapatrywania, że o pewnéj prawidłowości w biegu rozpadlin mowy być nie może. Autor atoli przekonał się na podstawie swych doświadczeń, że prawidłowość istnieje, a mianowicie że rozpadliny przebiegają na czaszce w kierunku południków począwszy od miejsca bezpośredniego ugodzenia aż do podstawy. I tak po uderzeniu w tyłogłowie (fig. 3, x oznacza punkt ugodzenia) powstała rozpadlina, przebiegająca do podstawy w kierunku strzałkowym; po uderzeniu w ciemię prawe (fig. 4) rozpadlina poprzeczna na podstawie, a po uderzeniu pionowém na wierzchołek głowy (fig. 5) powstały 2 rozpadliny, z których jedna przez tyłogłowie, druga zaś przez lewą stronę czaszki przebiegają ku podstawie. Jeżeli punkt ugodzenia, oznaczony krzyżykiem, uważany za biegun sferoidu, to szczeliny te wszystkie mają znaczenie południków.

Fig. 5.



Zdarzają się jednak i wyjątki od tego prawidła, jakkolwiek one są bardzo rzadkie. A mianowicie zbacza czasem kierunek rozpadliny pod wpływem miejsc cienkich w czaszce, oraz, jeżeli uszkodzenie czaszki następuje w skutek przesunięcia się poszczególnych kości; wtedy rozpadliny przebiegają prostopadle do kierunku siły działającéj, a więc w kierunku równikowym.

Z tym wynikiem doświadczeń licuje wynik sekcyj. I tak Houel, Thomas, Cauvy i Schwartz podają szczegóły odnoszące się do przebiegu złamania w kości skalistéj, Berlin (w dziele Graefego i Saemischa VI, p. 605 [1])) odnośnie do złamań oczodołu; Hermann zaś podał rezultat 29 sekcyi, sprawdziwszy w 17 przypadkach poprzecznego złamania podstawy czaszkowéj uderzenia zadane przeważnie w kości boczne, a w 12 przypadkach pęknięcia strzałkowego podstawy uraz działający na czoło lub tyłogłowie. Tylko uderzenia w sklepienie według niego wywołują pęknięcia, rozpromieniające się ku podstawie tak w kierunku poprzecznym, jako i podłużnym, z czém zgadzają się spostrzeżenia autora, według których uraz działający prostopadle pociąga za sobą rozpadliny, przebiegające tak przez kość czołową i potylicę, jakoteż przez kości ciemieniowe w kierunku południkowym. Jakkolwiek we wnioskowaniu sądowolekarskiém należy być bardzo ostrożnym, to jednak nie ulega przynajmniéj żadnéj wątpliwości, że pęknięcie strzałkowe podstawy nigdy nie powstaje w skutek uderzenia w boczne części czaszki, jak pęknięcie poprzeczne podstawy nie powstaje w skutek uderzenia zadanego w czoło lub tyłogłowie [2]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XXII posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 4 marca 1885.

Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 24. Jako goście Drowie Bogdanik z Biały, Łucki z Oświęcimia, Tarchalski z Zatora, Bossowski z Krakowa.

1) Kol. prof. Mikulicz przedstawia dziewczynkę, u któréj wykonał artroktomię kolana, ze skutkiem bardzo pomyślnym, przyczém mówi szerzéj o metodzie i historyi téj operacyi.

W dyskusyi kol. prof. Obaliński zwraca uwagę, że już przed Volkmannem usiłowano osobliwie u dzieci, ograniczyć wycinanie części chorych do wydobycia schorzałéj torby, jak o tém świadczy artykuł umieszczony w *Revue de Chirurgie* przez p. Vincenta, który radzi nadto użyć w tym celu termokauteru Pacquelina. Artykuł ten dał kol. Obalińskiemu jeszcze przed rokiem pochop do wykonania artroktomii w przydatnym do tego przypadku u 20-letniego mężczyzny, któremu całą torbę stawową zwyrodniałą ze stawu kolanowego, wagi przeszło 400 gram., wyciął. Chory ten po kilku miesiącach opuścił szpital wyleczony.

2) Kol. Bogdanik czyta ze swéj praktyki rzecz o *fractura patellae transversa simplex*. (Wykład ten ukaże się w Przeglądzie Lek.). W dyskusyi kol. prof. Mikulicz uważa postępowanie prelegenta za zupełnie racyjonalne i uzasadnione. Nie mniéj jednak nie uznaje założenia szwu za konieczne we wszystkich przypadkach. Zdaniem jego rozstrzyga pod tym względem indywidualność, wyjątkowo tylko potrzeba się zdecydować do założenia szwu natychmiast po uszkodzeniu. Zwykle można przeczekać dni kilka a potém dopiero w dni 4—5, jeżeli inne postępowanie okaże się niedostateczném, należy przystąpić do zeszycia. Zbyt długo czekać również nie jest odpowiedniém. — Kol. Obaliński nadmienia przedewszystkiém o jednym jeszcze sposobie leczenia złamań rzepki przez prelegenta nie uwzględnionym a świeżo przez Rolanda ogłoszonym na masowaniu polegającym. Sposób ten używanym bywa także przez znanego massera-specy-

[1]) Pierwotnie według spostrzeżeń Höldera w *Bericht über die 12te Versamml. d. ophthalm. Gesellsch.* Heidelberg. 1879 *Sprawozd.*

[2]) Porównaj wykład Wahla w Dorpacie, *Volkmanns Samml. klin. Vorträge*, Nr. 228 (Sprawozdanie w Przegl. Lek. z r. 1883, Nr. 15). *Sprawozd.*

jalistę Metzgera w Amsterdamie i najprawdopodobniéj działa przez usunięcie wybroczyny. Wreszcie dodaje od siebie, że skoro późno przedsiębrane zeszycia bezpośrednie odłamków rzepki częstokroć złym były uwieńczone skutkiem, należałoby raczéj w każdym przypadku pierwszorzędną tego rodzaju przedsiębrać operacyję.

3) Kol. prof. Mikulicz mówi o operowaniu nowotworów pęcherza moczowego.

Dotąd bardzo mało zwrócono uwagi na nowotwory pęcherza, co w znaczniéj części ztąd pochodziło, że anatomowie uważali je jako cierpienie względnie rzadkie, chirurgowie zaś za niedostępną dla sztuki lekarskiéj. Wprawdzie niektórzy operatorowie, jak np. Billroth, Volkmann i Kocher, już w r. 1874 wycięli nowotwory pęcherza i to po części z dobrym skutkiem a już i dawniéj Civiale i inni podobne wykonywali operacyje. Thompsonowi jednak należy się bezsprzecznie zasługa, że podał dokładniejsze wiadomości o naturze tych nowotworów i dokładniejszy sposób ich rozpoznania. Na podstawie prawie 120 przypadków wykazał T., że przeszło połowa nowotworów pęcherza nie jest natury złośliwéj, że te nowotwory dadzą się operować. Tego rodzaju nowotwory wychodzą przeważnie z dolnéj części pęcherza i zajmują tylko samą błonę śluzową. Thompson dzieli te nowotwory dobrotliwe na 5 kategoryj: 1) Polipy śluzowe, podobne do polipów nosa, znajdują się tylko u dzieci; 2) *Papilloma fimbriatum*, postać, którą znano dawniéj pod nazwą raka kosmatego; nowotwór ten składa się z delikatnych mocno unaczynionych wyrostków, podobnych z wejrzenia do wodorostów. 3) *Fibropapilloma*, polipy mocniejszéj nieco konsystencyi. 4) Formy przejściowe, z których niektóre bezsprzecznie należą do nowotworów rakowych. 5) Jako rzadką bardzo formę podaje wreszcie skórzaki pęcherza. Do rzędu złośliwych form zalicza *epithelioma, carcinoma medullare, scirrhus* i *melanoma*. U dorosłych najczęściéj zdarza się 2, 3 i 4 forma nowotworów.

Ze względu na rozpoznanie tych nowotworów trzeba przyznać, że dotychczasowe sposoby badania wcale nie były wystarczającemi. Najbardziéj cechującym jest jeszcze krwotok, i to wtedy, jeżeli z początkiem moczenia odchodzi mocz czysty, a dopiero pod koniec pojawia się krew. Bóle wcale nie należą do obrazu téj choroby. Badanie cewnikiem i badanie moczu daje zazwyczaj wynik ujemny, chyba że znajdziemy kawałki strzępów nowotworowych w moczu. A nawet i cystoskopia nie zawsze usuwa wątpliwości co do natury cierpienia w przypadkach, gdzie ciągłe krwotoki z nowotworu nie pozwalają na wypełnienie pęcherza płynem przeźroczystym. Najpewniejszym środkiem rozpoznawczym w wątpliwych przypadkach jest cięcie pęcherza, poczém można za pomocą palca wybadać całą ścianę pęcherza. Rozumie się, że operacyja ta jest wskazaną tylko w obec objawów zagrażających zdrowiu i życiu chorego, gdzie wszelkie środki lecznicze zawiodły. Thompson wykonał tę operacyję 43 razy i znalazł w 20 razach nowotwór, 5 razy kamień, który przedtém nie dał się wykazać a zresztą przypady pochodziły tylko od przewlekłego nieżytu pęcherza albo od przerostu gruczołu krokowego i atonii pęcherza, albo téż nie można było żadnéj przyczyny wykazać. W wielu z tych przypadków nastąpiła od razu po operacyi znaczna ulga a czasem nawet zupełne wyleczenie. Z chorych, u których Thompson nie wykrył żadnéj przyczyny cierpienia, umarł tylko jeden w 16 dni po operacyi z ropnicy, a drugi w miesiąc z wyniszczenia. Świadczy to tylko, że cięcie rozpoznawcze pęcherza jest operacyją pewną, nie połączoną ze znaczném niebezpieczeństwem.

Thompson rozpoczyna zawsze operacyję od cięcia przez międzykrocze, poczém wprowadza palec do pęcherza dla zoryjentowania się co do usadowienia nowotoru, co do stanu reszty ścian pęcherza itp. Ewentualnie dodaje jeszcze cięcie górne. Sam nowotwór usuwa przeważnie drogą tępą za pomocą rozmaitych kleszczy, haków i ostrych łyżek. Z operowanych w ten sposób 20 chorych (18 mężczyzn, 2 kobiety) 6 umarło w przeciągu pierwszych 3 tygodni, a 9 chorych było zdrowych jeszcze w 2—3 lat po operacyi. Wyniki te w obec bezwzględnie niepomyślnego zresztą rokowania w obec nowotworów pęcherza śmiało nazwać można dobremi.

Sposobność wykonania téj operacyi nadarzyła się prelegentowi 22 stycznia b. r. Pacyjent, 57 lat liczący, dawniéj zupełnie zdrów, zauważył przed 5 laty po raz pierwszy krew w moczu, a od lat 3ch mocz prawie zawsze mimo wszelkich środków jest krwawy. Chory źle odżywiony, przyrządy wewnętrzne prawidłowe. Mocz oddaje chory prawie co 2 godziny, w nocy 3—4 razy; bólów nie miewa, prąd regularny a pod koniec odchodzą czasem kawałki krwi skrzepłéj; dawniéj bywał mocz z początku czysty, obecnie jest jednostajnie krwawy. Badanie moczu za pomocą zgłębnika, przez odbytnicę, badanie zestawione za pomocą obu rąk i badanie cystoskopem dają wynik ujemny.

Gdy wszelkie środki okazały się bezskuteczne, przystąpił prelegent do operacyi w głębokiéj narkozie. Po otwarciu pęcherza przekonał się palcem, że prawie cała prawa połowa pęcherza zajęta była przez masę miękką, prawie galaretowatą. Usunięto te masy ostrą łyżką, przepłukano pęcherz kwasem salicylowym, założono do rany dreny i opatrzono jodoformem. Dalszy przebieg był bardzo pomyślny, chory gorączkował zaledwie kilka razy i to nieznacznie, a w 3 tygodnie opuścił zupełnie wyleczony klinikę.

Prelegent szedł więc w tym przypadku ściśle drogą przez Thompsona wskazaną. Inni jednak, mianowicie Guyon, Dittel i Trendelenburg zalecają i w tych przypadkach cięcie górne. Zdaniem prelegenta cięcie przez międzykrocze zasługuje na pierwszeństwo, gdyż będąc zupełnie wystarczającém jest przecież operacyją daleko prostszą niż cięcie wysokie; zresztą i leczenie następowe trwa tu daleko krócéj niż w przypadkach cięcia wysokiego. W przypadkach kamienia pęcherzowego nie dającego się usunąć przez litotripsyję prelegent jest zwolennikiem cięcia górnego, w celach rozpoznawczych jednak i dla usunięcia nowotworów cięcie przez międzykrocze uważa za odpowiedniejsze. Przy téj sposobności mówił prelegent także o stosunku litolapaksyi do operacyi cięcia kamienia. Mimo wystąpienia Volksmanna i Bergmanna przeciw litotrypsyi uważa ją kol. Mikulicz jako operacyję główną dla usunięcia kamienia; a dopiero tam, gdzie dla jakichkolwiek przyczyn operacyja ta nie jest wykonalną, rozpoczyna się pole dla cięcia kamienia. Wymaga jednak, żeby litolapaksyja odbywała się ze ściśłém przestrzeganiem wszelkich zasad przeciwgnilnych. Co do cięcia górnego, to Mikulicz zeszywa ranę w pęcherzu zupełnie, a ranę skórną w górnéj części. W dolny kąt rany wsuwa pasek gazy jodoformowéj dla utorowania drogi dla moczu po rozejściu się szwu pęcherzowego.

W dyskusyi oświadcza się bardzo kol. Obaliński za cięciem dyjagnostyczném cewki, które częstokroć nawet stać się może leczniczém, jak to miał sposobność postrzegać w jednym przypadku spólnie z kol. prelegentem. Daléj przemawia za cięciem na kamień nadłonowém, dozwalającém na szew ściany pęcherzowéj, który jakkolwiek rzadko kiedy prowadzi do rychłozrostu, przecież nie przepuszcza moczu bodaj dni kilka, a więc zawsze tak długo, dopóki nie wyrobi się ziarnina najlepiéj od zacieku moczowego chroniące; nadto uważa możebność zostawienia cewnika gumowego komorném w pęcherzu *(à demeure)* i tym sposobem utrzymania rany i chorego w czystości również jako korzyść metody. W końcu przyłącza się chętnie do chirurgów, którzy się na ostatnim Zjeździe lekarzy niemieckich w Magdeburgu przeciw litolapaksyi oświadczyli, a to z powodu, że ją uważa za zabieg w ogóle ciężki, a w szczególności zawsze cięższy od litotrypsyi, przed którą ma mieć tę korzyść, iż pęcherz od razu pozbawia obcéj, drażniącéj go treści. Gdy zaś to często zawadzi, jak to kol. Obaliński na własnych i innych przez specyjalistów wykonanych przypadkach przekonał się, przeto sądzi, że słuszniejszą jest rzeczą w przypadkach do kruszenia wykonywać, choćby i w licznych odstępach, posiedzenia krótkie litotryptyczne, jak to zresztą jeszcze po dziś dzień wykonywają tacy mistrze, jak Guyon w Paryżu, zaś inne przypadki pozostawić litotomii, która w obec antyseptyki coraz lepsze daje i dawać będzie rezultaty.

4) Kol. Bossowski okazał pod drobnowidem prątki trądu.

Dr. Dobruchowski.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka lekarska w Austryi. Niedawno opuściło prasę sprawozdanie Centralnéj Komisyi statystycznéj za rok 1881; wyjmujemy z niego niektóre szczegóły.

W r. 1881 istniało w Austryi 159 szpitali publicznych o 19,731 łóżkach, pielęgnowano zaś w nich w ciągu tego roku 118.156 chorych; prócz tego 375 szpitali prywatnych o 9.436

łóżkach, pielęgnowano zaś w nich 67.477 chorych. Średnio 1 mieszkaniec na 82 szukał pomocy w szpitalu. 53 szpitali o 2.776 łóżkach a 37.744 chorych należało do stowarzyszeń religijnych. Największym szpitalem na lądzie stałym jest *Allgemeines Krankenhaus* w Wiedniu, mający 20 oddziałów, z tego 5 poświęconych chorobom wewnętrznym, 3 chirurgicznym, 2 kiłowym, 1 chorobom kobiecym, 1 ocznym, 1 piersiowym, 1 skórnym a 1 umysłowym; prócz tego oddział stowarzyszenia chorych studentów i dwa oddziały: jeden dla chorób wewnętrznych, drugi dla zewnętrznych dla płacących. W szpitalu tym pełni służbę 13tu lekarzy ordynujących i 39 asystentów. Prócz tego w szpitalu tym mieści się 13 klinik, t. j. 2 wewnętrzne, 2 chirurgiczne, 2 oczne, 2 ginekologiczne, 1 chorób kiłowych, 1 skórnych, 1 dla chorób krtani, 1 dla chorób usznych, 1 dla chorób umysłowych. Średnio leczonych bywa rocznie w tym zakładzie 25.000 chorych.

Liczba zakładów dla umysłowo chorych dochodziła w Austryi w r. 1881 do 27, z tego 22 publicznych a 5 prywatnych o 7.002 łóżkach a pielęgnowano w nich 9.694 chorych. Z téj liczby 646 (6·7%) zostało wyleczonych, 1.692 (17·4%), wypuszczono jeszcze niezdrowych lub pomieszczono w innych zakładach, 1.237 (12·8%) zmarło, — tak, że z końcem roku pozostało 6.119 (63·1%) w leczeniu.

Co do mężczyzn było 32·0% nieżonatych, 20·8% żonatych a 2·2% wdowców. — Co do kobiet było 24·1% niezamężnych, 15·6% zamężnych a wdów 5·3%. W ogólnéj zatém liczbie było 55% mężczyzn a 45% kobiet. Średnio przypada na 100.000 mieszkańców 42 chorych na umyśle, wnosząc z liczby tych, których w szpitalu leczono.

Co do wieku to na wiek do 10 lat przypada 0·2%, na wiek od 10—15 l. 0·8%, na 15—20 l. 5·1%, na 20—25 l. 9·8%, na wiek 25—30 l. 13·1%, na 30—40 l. 29·4%, na 40—45 lat 13·5%, na 45—50 l. 10·5%, na 50—56 l. 7·3%, powyżéj 55 lat 10·3%. — Co do wyznania rozpada ogólna liczba jak następuje: 91·1% było rzymsko-katol. wyznania, 1·9% protestantów, 0·4% grecko-katolickiego wyznania a 6.6% żydów.

Poza zakładami liczono z końcem r. 1881 (w austryjackich tylko prowincyjach) 20.001 tj. 91 na 100.000 mieszk.

Liczba kretynów dochodziła 15.151, tj. 69 na 100.000 m. W okolicach alpejskich, zwłaszcza w Karyntyi, liczba ich wzrasta niezmiernie, np. w obwodzie Murau wypada na 100.000 mieszkańców 1.078.

W r. 1881 było w Austryi 11 zakładów położniczych o 1.486 łóżkach, pielęgnowano 17.483 matek a 16.165 dzieci, z którychto liczb 127 matek (0·72%) zmarło, a 1.013 dzieci (6·27%): zapisano 15.987 porodów; na 1.000 porodów przypadało 13·3, bliźniaczych a 0·006 trójniaczych.

Domów podrzutków istniało 12 o 448 łóżkach dla dzieci a 256 dla mamek. Dzieci zatrzymywano w szpitalach tych tylko czas krótki, a następnie dawano je na opiekę. Śmiertelność dzieci w szpitalu dochodziła 6·08%, gdy pośród dzieci danych na opiekę 12·83%.

Dla głuchoniemych istniało 15 zakładów, w których wychowywano 1204 głuchoniemych, z któréjto liczby 47·7% urodziło się głuchoniememi.

Dla ociemniałych istniało 9 zakładów wychowawczych, z początkiem roku 1881 było w nich 476 wychowanków a z końcem roku 445 z téj liczby 14·6% było ślepo urodzonych, 79·2% oślepło w skutek choroby, 6·2% w skutek przypadku.

W 14 zakładach szczepienia sprzedano 11.835 igieł a 11.627 fiolek z krowianką.

Austryja posiadała 206 zakładów zdrojowych, w których przebywało 166.087 osób. Tyrol posiadał najznaczniejszą liczbę zakładów zdrojowych bo 80; zdrojowiska czeskie w liczbie 22 były najwięcéj odwiedzane, bo było w nich 69.016 osób.

Liczba lekarzy była 7.427 (4.766 doktorów medycyny a 2.661 chirurgów). Średnio przypada jeden lekarz na 2.960 m., w Galicyi jednak 1 na 7.209 mieszkańców; w miastach np. w Insbruku 1 na 390 mieszk., w Wiedniu 1 na 639. Liczba akuszerek była 16.298 (1 akuszerka przypadała na 1.348 m.).

Na 100.000 mieszk. zmarło 3.164 (3·164 na 100). Największa śmiertelność była w Bukowinie 3·764 na 100. Drugie miejsce zajmuje Galicyja 3.653 na 100. Najniższa śmiertelność była w Dalmacyi 2·135 na 100 i w Tyrolu 2·455 na 100. — Ze 100.000 mężczyzn zmarło 3.387, a ze 100.000 kobiet 2.953.

Liczba samobójców płci męskiéj ma się do samobójców płci żeńskiéj jak $4^1/_2$: 1. *Dr. G.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1—7 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35,8. Z odry umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t). Doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach płonicy, 1 odry, 1 duru brzusznego, 1 zapalenia opon mózgordzeniowych, 1 róży. W tygodniu od 22—28 lutego umarło z ospy w Londynie 18, świeżo zapadło 189, leczyło się w szpitalach 1240. W Liverpolu, Madrasie umarło z ospy po 1, w Birmingham i Aleksandryi po 2, w Wenecyi, Kalkucie, Bombayu po 3, w Paryżu, Petersburgu, Warszawie po 4, w Odesie 8, w Rzymie 9, w Tryjeście 18, w Wiedniu 19. Z duru osutkowego umarło 1 w Petersburgu. Z cholery umarło w Kalkucie (od 4—10 stycznia) 16, w Bombayu (od 21—27 stycznia) 4, w Madrasie (od 17—23 stycznia) 36.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców; w Krakowie 43,9; w Warszawie 30,7; w Poznaniu 20,1: w Wiedniu 32,0; w Budapeszcie 29,4; w Pradze 32,8: w Tryjeście 38,4; w Berlinie 25,2; w Wrocławiu 26,4; w Gdańsku 34,5; w Hamburgu 24,5; w Mnichowie 36,4; w Dreźnie 25,6; w Lipsku 21,8; w Bazylei 20,4; w Brukseli 27,3; w Amsterdamie 27,4; w Hadze 28,2; w Paryżu 26,7; w Londynie 20,0; w Kopenhadze 20,2; w Stokholmie 35,0; w Chrystyjanii 28,2; w Petersburgu 37,1; w Odesie 33,4; w Rzymie 27,7; w Wenecyi 31,1; w Bukareszcie 29,6; w Aleksandryi 46,1; w Nowym Yorku 26,1; w Filadelfii 24,9; w Bombayu 24,7; w Madrasie 53,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 marca. Na posiedzeniu nadzwyczajném Wydziału lek., odbytém d. 22 bm., odczytano reskrypt Namiestnictwa, według którego Ministerstwo Oświecenia pozwoliło na wyjazd prof. Mikulicza w towarzystwie inżynijera rządowego, kosztem Rządu, celem poznania nowszych zakładów klinicznych i patologicznych. Tegoż samego dnia prof. Mikulicz razem z inżynijerem p. Sare udali się w drogę, naprzód do Budapesztu i Wiednia, a ztamtąd do Monachijum, Heidelbergu, Bonny, Hali, Berlina i Kielu.

* Wiadomo czytelnikom naszym, że Namiestnictwo galicyjskie zakazało chirurgom, w kraju praktykującym, używania tytułu „lekarzy medycyny, chirurgii i położnictwa“, jako nieuprawnionego, i że Ministerstwo spraw wewnętrznych w skutek rekursu przez chirurgów wniesionego orzeczenie powyższe Namiestnictwa potwierdziło. Chirurdzy udali się z zażaleniem do Trybunału administracyjnego w Wiedniu, dowodząc, że Ministerstwo zaostrzyło orzeczenie Namiestnictwa, które nie zaczepiło wcale tytułu „lekarza“, podczas gdy Ministerstwo odmówiło chirurgom prawa i do tego ogólnego tytułu. Reprezentant Rządu na posiedzeniu Trybunału dowodził, że chirurgom wolno tylko tytułować się „chirurgami“ *(Wundarzt)*, podczas gdy przez lekarza rozumie się doktora medycyny, a Trybunał przychylił się w zupełności do tego zdania (*W. med. Presse*).

* Otrzymaliśmy sprawozdanie z kliniki prywatnéj chorób ocznych Dra Inouye w Tokio, napisane w języku niemieckim. Oprócz zwykłego wykazu statystycznego autor dołącza kilka uwag bardzo prymitywnych nad operacyją zaćmy sposobem Graefego, nad sklerotomiją, a wreszcie nad chorobą w Japonii Kamme zwaną, na karb któréj 10% ślepoty w Japonii kładzie. Do sprawozdania dodany jest list, w którym autor zwraca się do okulistów europejskich z prośbą o udzielenie mu rady, jak ma daléj postępować w kształceniu swojém; z listu tego dowiadujemy się, że p. J. pochodzi z rodziny, która od 200 lat trudni się w Japonii praktyką lekarską, że sam liczy 37 lat, że od 18go roku życia uczył się medycyny chińskiéj i japońskiéj, od 22go zaś zaczął zapoznawać się z medycyną europejską zrazu z książek tłumaczonych, a następnie u lekarzy holenderskich i niemieckich, od których nauczył się języka niemieckiego, którym dotąd nieświetnie włada. Tak sprawozdanie, jako i list, szczególne czynią wrażenie; jedno i drugi dowodzą jednak, że przy silnéj woli bardzo wiele zdziałać może nawet Japończyk!

* Na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu z d. 4 marca br. odbytego Chauvel miał wykład o ciekawym

przypadku kontuzyi brzucha kopytem końskiém; wystąpiło zapalenie otrzewny; wykonano 3go dnia laparotomiję; śmierć 7go dnia. Zranienia jelita nie było. Sekcyja wykazała zmiany świadczące o urazie śródjelicia poprzecznego i połowy prawéj trzustki oraz zapalenie otrzewny rozlane. Chauvel twierdzi, że w przypadkach podobnych należy wykonać natychmiast laparotomiję, która w coraz szerszych zakresach zaczyna nabierać prawa obywatelstwa. Przypadek powyżéj przytoczony dowodzi, że laparotomija wykonana w tych przypadkach dopiero po dniach kilku nie daje rękojmi powodzenia, należy więc natychmiast przystąpić do operacyi. Duplay nadmienia, że laparotomija osobliwie jest wskazaną w przypadkach ran brzucha. Przytacza on jako dowód na poparcie swojego twierdzenia obserwacyję niedawno co ogłoszoną w *Medical News*, w którym to przypadku operowano z powodzeniem założywszy szwy na 7miu ranach postrzałowych w jelicie, zadanych kulą. (*Le Progrès Médical*, Marzec, 1885).

Dr. R. Barącz

* **Warszawa**. Komitet wyznaczony do oceny prac na konkurs imienia Chałubińskiego przyznał jednogłośnie nagrodę Drowi Krówczyńskiemu we Lwowie za dzieło p. t. Syfilidologija, wydane w r. 1883. (*Medycyna*).

* **Praga czeska** 23 marca. Na dzisiejszém posiedzeniu Spolku lek. česk. uchwalono wysłać petycyję do Rady państwa o założenie kas (*Krankenkassen*), z których chorzy lekarze lub ich rodziny na przypadek śmierci lekarza podczas epidemii mogłyby otrzymywać wsparcia. Zarazem uchwalono do podobnego kroku zaprosić Towarzystwa lekarskie w Krakowie, Lwowie, Bernie i Ołomuńcu.

Dr. Obrzut

* **Wiedeń**. Na ostatniém posiedzeniu najwyższéj Rady zdrowia prof. Hofmann zdał sprawę z potrzeby zaprowadzenia zmian w ustawodawstwie dla obłąkanych.

D. 23 bm. obchodzono jubileusz 50-letni doktorski Hyrtla.

Na posiedzeniu doroczném, odbytém d. 20 bm. Towarzystwo lekarskie wybrało przewodniczącymi proff. Billrotha, Kundrata i Alberta, sekretarzami Hackera, Jakscha i Wagnera. Następnie wybrani zostali: członkiem korespondentem Dr. Teodor Hering z Warszawy; członkami czynnymi: docenci Borysiekiewicz i Dalla Rossa, lekarz pułkowy Fillenbaum, asystenci: Gärtner, Horoch, Karis, Kolisko, Kogerer, Paltauf, Riehl, zastępca fizyka miejskiego Schmied i dyrektor szpitala w Sechshaus Dr. Schopf. Ośmiu kandydatów nie otrzymało potrzebnéj ilości głosów.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Katedra okulistyki opróżniona w skutek śmierci Jägera jeszcze nie będzie obsadzoną, a w półroczu letniém zastępować będzie daléj docent Dr. Reuss. — **Praga czeska**. Wydział lekarski czeski przedstawił do nominacyi na proff. nadzw. docentów Janošika dla embryjologii i histologii i Reinsberga dla medycyny sądowéj; Wydział zaś niemiecki docenta Löwita dla patologii ogólnéj i doświadczalnéj.

* **Odznaczenia**. Dr. Ivanchich otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy.

* **Nekrologija**. We Wiedniu umarł Dr. Holzer, lekarz zdrojowy we Franzensbadzie i radzca sanitarny chorwacki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 10: Goldflama: Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych (c. d.); Nr. 11: Dobrzyckiego: Sławuta zakład kumysowy i stacyja leśna; Goldflama (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 11: Ruppertа: Przyczynek do nauki o wylewach krwi w rdzeniu kręgowym; Grünbauma: Dwa przypadki ran, drążących do jam ciała; Heimana: Przypadek urazowego potrójnego pęknięcia błony bębenkowéj z zejściem śmiertelném (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 134[D]

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 6 marca rb. l. 11622, rozpisuje się konkurs na posady dwóch asystentów lekarskich przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Asystenta lekarskiego przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Dra medycyny lub wszech nauk lekarskich uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do końca miesiąca Kwietnia rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 13 Marca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

Dr. Głowacki.

APTEKA POD GWIAZDĄ

Konstantego Wiszniewskiego

w Krakowie

poleca najprzedniejszy ***Tran rybi Henryka Mayera z Chrystyjanii*** we flaszkach po 210 gramów.

MAGISTRA FARMACYI

poszukuje apteka Jakóba Sumbula w Serajewie (Bośnija). Warunki: 70 złr. miesięcznéj płacy, pomieszkanie i 35 złr. jako wynagrodzenie kosztów podróży do Bosnii. Zgłoszenia piśmienne ze załączoną kopiją dyplomu uprasza się przesłać najdaléj do 27 Kwietnia t. r. pod adresem: *Apotheke des Jakób Sumbul in Serajewo (Bosnien).*

Schlesisch Obersalzbrunnen (Oberbrunnen.)

Zdrój alkaliczny pierwszorzędny; dla stosunków ciepłoty i obfitości gazu szczególnie nadający się do rozsełki; skuteczny w chorobach **krtani, płuc i żołądka, w żołzach, w cierpieniach nerek i pęcherza, dnie i w cierpieniach krwawnicowych.** Rozsełka w każdym czasie.

Salzbrunn na Śląsku. ***Książęca Inspekcyja zdrojowa.***

SOLUTION BOURGUIGNON CONTENANT 1 Gr. DE CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX PAR CUILLÉRÉE à BOUCHE

Fizyjologiczny i racyjonalny środek wywierający pomyślne działanie na organizm, który go z łatwością asymiluje. — **Suchoty, słaba konstytucyja ciała, choroby kości, niedostateczna asymilacyja, zapalenie oskrzeli.** — Zastępuje tran rybi we wszystkich jego zastósowaniach.

W Paryżu: W Aptece p. LABOUREUR 26 Rue de l'Abbé-Gregoire; we Lwowie: W Aptekach pp. MIKOLASCHA, SKLEPIŃSKIEGO i KRZYŻANOWSKIEGO; w Krakowie: W Aptekach TRAUCZYNSKIEGO, REDYKA i WISZNIEWSKIEGO.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.